

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 31

# De l'Ulcère de l'Estomac d'origine syphilitique

## Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 14 Décembre 1921

PAR

**Félix-Marie-Alphonse LEGENDRE**

Né le 22 juillet 1893, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure)

Décoré de la Croix de Guerre

Examineurs de la Thèse

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| DUBREUILH, professeur ..... | Président. |
| VILLAR, professeur .....    | Juges.     |
| MOURE, professeur .....     |            |
| CRUCHET, professeur .....   |            |

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20, Rue du Peugue, 18-20

1921



**THÈSE**

**POUR**

**LE DOCTORAT EN MÉDECINE**



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 31

# De l'Ulcère de l'Estomac d'origine syphilitique

## Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1921

PAR

**Félix-Marie-Alphonse LEGENDRE**

Né le 22 juillet 1893, à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure)

Décoré de la Croix de Guerre



Examineurs de la Thèse

|                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| DUBREUILH, professeur ..... | <i>Président.</i> |
| VILLAR, professeur .....    | } <i>Juges.</i>   |
| MOURE, professeur .....     |                   |
| CRUCHET, professeur.....    |                   |

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20, Rue du Peugue, 18-20

1921

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. .... Doyen

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD,

## PROFESSEURS

|                           | MM.          |                                      | MM.            |
|---------------------------|--------------|--------------------------------------|----------------|
| Clinique interne .....    | ARNOZAN.     | Pharmacie .....                      | DUPOUY.        |
| Clinique externe .....    | CASSAET.     | Zoologie et parasitologie..          | MANDOUL.       |
| Pathologie et thérapeuti- | CHAVANNAZ.   | Médecine expérimentale..             | FERRE.         |
| que générales.....        | VILLAR.      | Clinique ophtalmologique..           | LAGRANGE.      |
| Clinique d'accouchements. | CRUCHET.     | Clinique chirurgicale, in-           | DENUCE.        |
| Anatomie Pathologique...  | RIVIERE.     | fantile. Orthopédie .....            | BEGOUIN.       |
| Anatomie générale et his- | SABRAZES.    | Clinique gynécologique...            |                |
| tologie .....             | PICQUE.      | Clinique médicale des ma-            | MOUSSOUS       |
| Physiologie .....         | G. DUBREUIL. | ladies des enfants.....              | DENIGES.       |
| Hygiène .....             | PACHON.      | Chimie biologique .....              | SIGALAS.       |
| Médecine légale .....     | AUCHE.       | Physique pharmaceutique.             | LE DANTEC      |
| Physique biologique et    | VERGER.      | Pathologie exotique .....            |                |
| d'électricité médicale... | BERGONIE.    | Clinique des maladies cuta-          | W. DUBREUILH   |
| Chimie .....              | CHELLE.      | nées et syphilitiques...             |                |
| Botanique et matière mé-  | BEILLE.      | Clinique des maladies des            | POUSSON.       |
| dicale .....              |              | voies urinaires.....                 | ABADIE.        |
|                           |              | Clinique psychiatrique....           | MOURE.         |
|                           |              | Clinique d'Oto-rhino-laryngologie... | BARTHE.        |
|                           |              | Toxicologie .....                    |                |
|                           |              |                                      | M. PRINCETEAU. |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

|                            | MM.                 |                         | MM.       |
|----------------------------|---------------------|-------------------------|-----------|
| Anatomie et embryologie.   | NN.                 | Médecine générale.....  | LEURET.   |
| Histologie.....            | LACOSTE, chargé.    |                         | DUPERIE.  |
| Physiologie .....          | DELAUNAY.           |                         | CREYX.    |
| Anatomie pathologique...   | MURATET.            |                         | N...      |
| Parasitologie et Sciences) | R. SIGALAS, chargé. | Maladies mentales.....  | PERRENS   |
| naturelles .....           | N...                | Médecine légale.....    | LANDE.    |
| Physique biologique et     |                     |                         | GUYOT.    |
| médicale .....             | RECHOU.             | Chirurgie générale..... | ROCHER.   |
| Chimie biologique et médi- |                     |                         | DUVERGER  |
| cale .....                 | N...                |                         | PAPIN.    |
| Médecine générale .....    | PETGES.             | Obstétrique .....       | PERY.     |
|                            | CARLES.             | Ophtalmologie .....     | FAUGERE.  |
|                            | MAURIAU.            | Pharmacie .....         | TEULIERES |
|                            |                     |                         | LABAT.    |
|                            |                     |                         | N         |

## CHARGÉS DE COURS

| Cours de clinique dentaire                               |  | MM.         |  |
|----------------------------------------------------------|--|-------------|--|
| — complémentaire de thérapeutique et pharmacologie ..... |  | CAVALIÉ     |  |
| — de médecine opératoire .....                           |  | CARLES      |  |
| — d'accouchements .....                                  |  | VENOT.      |  |
| — d'ophtalmologie .....                                  |  | PERY.       |  |
| — de puériculture .....                                  |  | CABANNES.   |  |
| — de climatologie et hydrologie médicale .....           |  | ANDERODIAS. |  |
| — de démonstrations et de préparations phar-             |  | SELLIER.    |  |
| maceutiques .....                                        |  |             |  |
| — de vénéréologie.....                                   |  | LAEAT.      |  |
| — de pathologie interne.....                             |  | PETGES.     |  |
| — de pathologie externe.....                             |  | GUYOT.      |  |
| — d'orthopédie chez l'adulte pour les accidentés         |  | MAURIAU.    |  |
| du travail, les mutilés de guerre et les infirmes        |  |             |  |
| annexe de prothèse et rééducation professionnelle.....   |  | ROCHER.     |  |
|                                                          |  | GOURDON.    |  |

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

---

MEIS ET AMICIS

---

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES  
MORTS POUR LA FRANCE

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT  
MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1<sup>re</sup> CLASSE DE LA MARINE  
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DE SANTÉ NAVALE  
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ  
ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE  
DE BORDEAUX

---

AU DOCTEUR G. PETGES  
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE BORDEAUX  
MÉDECIN DE HOPITAUX  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR W. DUBREUILH  
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES  
ET SYPHILITIQUES  
A LA FACULTÉ DE BORDEAUX  
MÉDECIN DES HOPITAUX  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## AVANT-PROPOS

---

Au terme de nos études médicales et au moment de quitter nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, qu'il nous soit permis de leur témoigner toute notre reconnaissance, pour l'enseignement que nous en avons regu et l'amitié qu'ils nous ont toujours montrée.

La guerre avait interrompu, pendant quatre ans et demi nos études médicales. Il a fallu regagner le temps perdu « mettre les bouchées doubles ». Cette pression des circonstances ne nous a pas permis de consacrer tout le temps que nous aurions désiré, à l'étude de cette question si intéressante de la syphilis gastrique, et en particulier de l'ulcère d'estomac d'origine syphilitique. Souvent méconnue, remise récemment en lumière, elle avait attiré l'attention de M. le professeur agrégé Petgès qui nous conseilla de l'approfondir et d'en faire le sujet de notre thèse. Il eut l'extrême obligeance de nous communiquer une observation d'ulcère gastrique syphilitique, qu'il eut l'occasion de faire chez une de ses clientes en collaboration avec M. le professeur agrégé Mauriac. Nous les en remercions bien vivement tous deux et en particulier M. le professeur agrégé Petgès dont la bienveillance et les conseils nous ont soutenu, tant pendant nos études que pendant la confection de ce dernier travail.

Nous remercions également M. le professeur W. Dubreuilh qui a bien voulu accepter la présidence de notre soutenance de thèse.

---



## INTRODUCTION

---

La question de la syphilis gastrique demeura fort longtemps dans l'ombre, ignorée et inétudiée. Aujourd'hui, depuis les travaux de Hayem de Deulafoy, la thèse de Pater, les communications et observations fournies par G. Lion, Bensaude et Rivet, Cacle et Morenas, G. Leven, elle a fait un grand pas en avant. On sait maintenant que le virus syphilitique peut atteindre les viscères, et, en particulier, l'estomac, au même titre qu'il atteint les téguments. Les données actuelles ont même permis d'établir une classification des affections que le processus syphilitique peut causer dans l'estomac. A la période secondaire se rattache la dyspepsie, causée sans doute par des lésions superficielles résolutives analogues à celles des muqueuses et à la période tertiaire trois modes d'altérations : les productions gommeuses et scléro-gommeuses imitant le cancer de l'estomac, les ulcères et les cicatrices qui peuvent se trouver réunis sur le même estomac, mais se rencontrent le plus souvent à l'état isolé. Nous nous efforcerons uniquement, dans ce modeste travail, de contribuer à la seule étude de l'ulcère d'estomac d'origine syphilitique.

---



## HISTORIQUE

---

Si pendant longtemps, la question de la syphilis gastrique en général fut laissée dans l'ombre, pis encore en fut-il de l'étude de l'ulcère gastrique syphilitique dont, pourtant, Cuveiller lui-même, en 1838, révéla l'existence par une observation, et la possibilité, quand il dit : « la solution de continuité par ulcération peut appartenir à une cause d'initiation générale spécifique ou autre, telle que le virus syphilitique, les vices dartreux, strumeux et cancéreux. » Andral en 1834 avait, lui aussi, rapporté une observation d'ulcère gastrique chez un syphilitique, mais après, il fallut attendre Engel, Frioep, Capozzi, Klebs, Dujardin-Beaumetz et Murchison, le traité de syphilis de Lancereaux en 1866, pour entendre causer de la question. Les traités de maladies vénériennes comme celui de Jullien en disaient peu de chose, les traités de pathologie interne rien du tout. Brousseau lui-même, ignorait la question ainsi que S. Jaccoud, et il fallut de ce côté arriver à Dieulafoy pour voir exposer et discuter longuement cette question. Les traités de pathologie digestive, comme celui de Damaschino en 1880 restaient muets sur ce sujet.

Pourtant les observations se multipliaient : celles de Ciari en 1891-95, de Flexner en 1898, de Fraenkel en 1899, pour ne parler que des plus importantes et les traités des maladies de l'estomac, comme celui de Bouveret en 1893 commençaient à reconnaître l'importance de la question. Barbien en 1903 soutenait une thèse sur la syphilis gastrique, sans presque d'ailleurs toucher au sujet de l'ulcère d'estomac. Hayem publiait en 1905 des travaux fort intéressants et incitait Pater à faire sa magnifique thèse qui, pour la première fois envisageait la

question dans son ensemble et sous un jour vraiment scientifique. Les traités spéciaux sur la syphilis, comme ceux de A. Fournier, de Hallopeau, de Finger, ceux sur l'estomac, comme ceux de A. Cade, Soupault, consacrent quelques pages à l'étude de l'ulcère gastrique d'origine syphilitique. Des travaux paraissent de G. Lion en 1911, de Gaillard, G. Seven, Bensaude et Rivet, Castaigne, Cade et Morenas, en France, de Eusterman, de Sousa-Babo, Mac Gaughey et J.-I. Tyree, Selenew, W. Frank Fowler, à l'Etranger.

Pourtant peu de pages sont consacrées à l'étude de la question dans les ouvrages de pathologie interne et de thérapeutique les plus récents. Dans les discussions qui se font un peu partout, sur l'ulcère de l'estomac, le rôle causal possible de la syphilis demeure au second plan, quand même il en est fait mention, ce qui est exceptionnel.

---

## II. — Étiologie et Pathogénie

---

Quelles sont donc les hypothèses étiologiques et pathogéniques actuelles qui expliquent l'origine de l'ulcère de l'estomac? Au point de vue étiologique, rien qui s'oppose à la possibilité de son origine syphilitique, car, toutes les données admises ne se basent que sur deux points : la diminution de résistance de l'état général chez la femme par des grossesses répétées, la lactation, les troubles menstruels, la chlorose; chez l'homme, par l'alcoolisme, ou l'atteinte directe de la paroi gastrique par des éléments extérieurs qui en amoindrissent la qualité, comme les poussières irritantes dans lesquelles travaillent certains ouvriers, ou les traumatismes. Or les données actuelles de la pathologie générale ne nous apprennent-elles pas que ces deux conditions, la diminution de résistance de l'état général et l'irritation locale sont les causes favorisantes de la localisation du processus infectieux.

Que de discussions sur la pathogénie de l'ulcère gastrique, que de théories proposées et dont aucune, à l'heure actuelle n'a rallié tous les suffrages.

Cruveilhier en défendit l'origine inflammatoire, variété de l'inflammation ulcéreuse de Hunter. Virchow : l'origine embolique. Bourneville et Durand une légère variante : l'origine thrombotique, suite de l'athérome, l'embolie et la thrombose causant l'anémie. C'est encore l'anémie, livrant sans défense une certaine zone de la muqueuse à l'action de suc gastrique que Klebs rendit responsable de l'ulcère, mais anémie, causée cette fois, par la contracture des artérioles. Pour Gardy, l'ulcère est le résultat d'un processus de nécrose hémorragique par toxémie. Pour d'autres c'est le système nerveux qui conditionne tout : Nicolaysen de Kris-

tiana en 1920, G. Holler en 1921 prétendent avoir obtenu des ulcérations de l'estomac à la suite d'irritation ou de lésion du nerf vague. D'autres, et c'est le plus grand nombre voient dans l'hyperacidité du suc gastrique et dans son hypersécrétion, la pathogénie de l'ulcère. Pour eux, ce serait un phénomène d'auto-digestion, et Lieper donne comme preuve, la formation d'ulcérations et même de perforation des tuniques stomacales par l'injection intra-veineuse de macération aqueuse de suc gastrique. C'est cette hypothèse chimique qui, à l'heure actuelle, rallie le plus de suffrages. Enfin la théorie de l'infiltration microbienne proposée par Böttcher, fut soutenue surtout par Letulle qui fit remarquer que la variole, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, la tuberculose, le charbon et la syphilis s'accompagnent d'exulcérations hémorragiques très voisines de la maladie de Cruveilhier. Des expériences faites par Letulle, Chantemesse et Widal, Besançon et Griffon qui injectèrent des cultures de microbes, par Gilbert, Enriquez et Hallion qui injectèrent des toxines et obtinrent des ulcérations de la paroi gastrique, tendirent à prouver cette origine microbienne, et pourtant, ils ne rallièrent pas tous les suffrages, car on leur opposa que jamais ils n'étaient parvenus à faire se former un véritable ulcère rond.

Cependant n'est-ce pas cette théorie de l'infection, cause primordiale de l'ulcère gastrique qui séduit le plus l'esprit. Les données actuelles fournies par la pathologie générale ne nous apprennent-elles pas que l'infection conditionne presque toutes les affections, directement ou indirectement. Et dans le cas qui nous intéresse, est-ce que l'infection ne peut pas être même à la base de toutes ces causes invoquées pour expliquer la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. Est-ce que la syphilis ne peut pas provoquer cette inflammation défendue par Cruveilhier, l'embolie ou la thrombose par endartérite oblitérante, la nécrose hémorragique par toxémie, la névrite, puisque M. Bouchut rapporte trois observations d'ulcère et de gastro-radiculites concomitantes chez des syphilitiques. Si, mais dans ce cas, l'affection n'est causée qu'indirectement par

le virus syphilitique, et c'est là le point important, puisque dans toute question de pathologie, le but à atteindre est le « motus curandi » et qu'ici le traitement spécifique n'a presque ou même pas d'action, comme dans ces dentéropathies syphilitiques que sont le tabes et la paralysie générale. Mais heureusement pour le résultat à atteindre, le plus souvent, c'est directement que le processus syphilitique atteint l'estomac et détermine l'ulcère, au même titre qu'il le détermine sur les téguments cutanés ou muqueux, c'est-à-dire sous la forme d'une tumeur gommeuse ou scléro-gommeuse qui passe par les différentes phases de crudité, de ramollissement, d'ulcération et quelquefois de cicatrisation.

---

### III. — Anatomie pathologique

Comment a-t-on pu prouver que l'ulcère d'estomac pouvait être d'origine syphilitique? surtout par l'anatomie pathologique, par la présence dans les coupes de tissu reconnu pour être de nature syphilitique. Dans beaucoup de cas, les antécédents connus ont pu éclairer la question, mais bien souvent, ils ont manqué, et il fallut alors se baser sur l'examen du malade et l'existence possible de quelques stigmates et aussi de lésions syphilitiques actuelles. Quand la réaction de Waassermann eut acquis l'importance qu'elle a actuellement, elle fut un moyen de recherche. L'échec des traitements usuels et le succès du traitement spécifique eurent aussi leur importance, mais la preuve la plus probante fut la découverte dans les coupes du tissu gommeux comme dans l'observation de Klebs « A la coupe, on vit qu'il s'agissait de néoformation gommeuse des tuniques stomacales, accompagnée de dégénérescence caséuse du côté des couches internes. » Les meilleures preuves seraient évidemment la découverte du *spirochæta pallida* dans le liquide de l'estomac ou encore mieux dans les coupes. La première découverte fut faite par Krienitz qui trouva du *spirochæta* dans le liquide stomacal d'un malade atteint de gomme ulcérée de la face postérieure de l'estomac, mais on peut toujours objecter que ce spirochète peut provenir d'une lésion syphilitique de toute autre partie du tube digestif, comme du nez de la bouche, de l'œsophage d'où il serait dégluti dans l'estomac. Cette objection ne s'applique pas évidemment à la découverte du *tréponema pallidum* dans les corps des parois stomacales ulcérées, mais bien que Eusterman donne cette découverte comme faite, il n'en est parlé dans aucune obser-

vation publiée, et c'est de ce côté qu'il faut souhaiter que les recherches futures s'orientent.

Puisque l'anatomie pathologique de l'ulcère gastrique a été bien étudiée, voyons un peu les données qu'elle peut fournir pour aider au diagnostic. Ces données, nous les empruntons pour une grande part à l'œuvre de G. Lion.

L'ulcère peut être isolé ou associé avec des productions gommeuses (Klebs, Chiari, Stolper, Buday, Bittner) ou des cicatrices (Weichselbaum). Il peut être unique ou multiple et aller jusqu'à 16 comme dans le cas de Frœnkcl. Il est de siège variable, mais surtout postérieur et dans la région de la petite courbure. Ses dimensions vont de un à cinq centimètres. (Chiari) et sa forme peut-être ronde ou ovale. Ses bords sont épais et durs, ont un aspect de tissu gommeux ou de tissu cicatriciel, sont en partie à pic, en partie en pente douce. Hemmiles indique que la perte de substance de la sous-muqueuse est plus grande que celle de la muqueuse à l'inverse de l'ulcère simple. On trouve un dépôt jaune, visqueux, gélatineux; dans l'ulcère gastrique simple, il n'y a ni pus, ni nécrose mais une légère infiltration hémorragique. Le fond de l'ulcère syphilitique montre soit la musculature épaissie, soit par la perforation des tuniques stomacales, un organe voisin. Dans ce cas, à l'encontre de l'ulcère simple, l'orifice de ce côté est plus large que celui de la muqueuse d'où une forme en entonnoir. Quelquefois — et Cade et Morenas, viennent d'en rapporter deux cas — l'aspect macroscopique est banal et ce n'est, somme toute presque toujours que l'examen histologique qui puisse donner une certitude.

L'histologie montre que le processus ulcéreux s'est développé sur des productions gommeuses où l'on trouve la substance fondamentale graineuse enveloppant deux variétés de cellules rondes à noyau très coloré, et des cellules épithéliales à gros noyau clair, avec un réseau chromatique plus apparent. On retrouve, tout au moins dans les parties voisines de la perte de substance l'infiltration caractéristique, localisée principalement dans la sous-muqueuse et envahissant de là

les autres couches de la paroi. Le fond et les bords peuvent présenter du tissu gommeux en voie de destruction, ou bien du tissu fibreux, et ce tissu est souvent à disposition rayonnée autour d'un vaisseau, car l'importance des lésions artérielles, périvascularite et surtout endovascularite qui entraîne la thrombose et l'oblitération, est encore une de ses meilleurs caractéristiques.

---

#### IV. — Symptomatologie

Le point de vue purement clinique a permis, à lui seul, de faire souvent le diagnostic d'ulcère gastrique d'origine syphilitique. Comme dans l'ulcère simple, le malade peut n'accuser comme premiers symptômes que des troubles dyspeptiques : douleurs légères, phénomènes d'intolérance, renvois, vomiturations, vomissements et la scène peut se borner à cela comme dans le cas de Langovoï. Mais alors que dans l'ulcère simple ces troubles s'accompagnent le plus souvent d'hyperchlorhydrie, dans l'ulcère syphilitique c'est d'hypochlorhydrie ou même d'anachlorhydrie. Quelquefois une modalité latente peut se présenter, jusqu'à ce que la crise éclate, cette crise caractérisée surtout par la douleur, ce symptôme primordial si bien décrit par Cuveilhier. Généralement circonscrite à la région xiphoïdienne, elle est presque toujours accompagnée d'une douleur correspondante dans la région rachidienne, au niveau de la douzième vertèbre dorsale ou de la première vertèbre lombaire. Cete douleur mordicante et térébrante, cette douleur « en broche », transfixive revient par accès, plusieurs fois par jour, et souvent elle est horrible au point d'amener le malade à la morphinomanie. La pression l'exaspère, l'ingestion des aliments le réveille généralement et c'est à ce moment que son maximum de violence se fait sentir. Dans l'ulcère gastrique d'origine syphilitique, cette douleur peut ne pas apparaître, les troubles dyspeptiques faisant eux-mêmes défaut et la maladie ne se manifestant que par une gastrorrhagie subite et imprévue. De plus, quand cette douleur existe, elle est à horaire moins fixe, d'une violence parfois extrême, et surtout présente le grand signe de toutes les algies syphilitiques, elle est à exacerbation nocturne. Le vomissement est un symptôme fréquent,

se produit quelque temps après le repas et souvent le rejet des aliments cause la cessation des douleurs. Ces vomissements alimentaires dans l'ulcère simple sont le plus souvent acidés, dans l'ulcère syphilitique souvent alcalins. Mais les vomissements les plus fréquents sont les vomissements de sang : les hématomèses, qui ne manquent presque jamais dans l'ulcère d'estomac d'origine syphilitique, et qui quelquefois en sont la seule manifestation clinique et emportant le malade subitement, comme dans le cas de Murchison où l'on trouva à l'autopsie une artériole ouverte au niveau d'une exulcération. Cette hématomèse en général abondante peut être rouge si la gastrorragie l'a précédée de peu, sinon les caillots se coagulent dans l'estomac et le sang est rejeté sous forme d'un liquide noirâtre. Mais le sang a pu franchir la barrière pylorique et pénétrer dans l'intestin d'où il sera rejeté avec les selles, qu'il colorera comme du goudron. Il est bon souvent, à l'aide de la réaction de Weber d'examiner ces melaena qui peuvent être le seul signe révélateur de l'hémorragie stomacale. Certains signes sont fournis par la radioscopie : la cavité de l'ulcère paraît une mèche remplie de substance opaque dit B. Moynihan et quelquefois on peut constater un spasme persistant au niveau ou près du point où siège l'ulcère.

Mais à côté de ces symptômes particuliers à l'ulcère de l'estomac syphilitique il en est d'autres qui permettent de songer à cette origine, quand les premiers ne sont pas très bien tranchés, et qui sont communs d'ailleurs à tous les cas de syphilis, ce sont les antécédents, les signes physiques, la réaction de Wasserman et le traitement d'épreuve. Les antécédents, ce sont ceux qui permirent au Dr Solomon-Iser de faire le diagnostic de sa malade, qu'il avait soignée quelques années auparavant pour exostoses frontales, humérales et des lésions du nez, à Fournier de guérir la malade qu'il avait traitée, dix ans avant, pour une rufia-syphilitique du dos. Il faut toujours penser à la syphilis devant tout malade de quelque affection qu'il soit atteint et lui demander s'il n'a pas

contracté de maladie vénérienne, pas eu de chancre, etc. Il faut aussi l'examiner sérieusement, voir s'il ne présente pas de cicatrice de chancre, de syphilides, d'exostoses, de plaques leucoplasiques, d'aortite, de tabes plus ou moins fruste, de lésion cérébrale, de dilatation bronchique, etc. C'est un examen complet qui permit à Dicuiafoxy de reconnaître la nature de l'ulcère gastrique de son malade aux jambes duquel il découvrit quelques cicatrices donnant l'impression d'anciennes syphilides ulcéreuses. Chez un autre, il découvrit des gommes suppurées du cou. Andral fut mis sur la voie du diagnostic exact par une périostose du tibia reconnue syphilitique. Enfin, maintenant nous avons la réaction de Wassermann positive dans de nombreux cas, et qu'il faut rechercher soit dans le sang, soit dans le liquide céphalo-rachidien. Négative, il faut avoir recours à une méthode nouvelle : la réaction du benjoin colloïdal dans ce même liquide retiré par ponction lombaire et qui peut donner dans ce cas quelquefois, des résultats positifs. Il reste dans les cas douteux, la preuve thérapeutique, l'application du traitement spécifique qui peut réussir. là où le traitement usuel de l'affection de nature banale a échoué.

*Complications* : L'ulcère gastrique, d'origine syphilitique, pas plus que l'ulcère simple, n'est à l'abri de complications. La plus importante, quoiqu'elle soit exceptionnelle et qu'il n'y en ait que cinq cas avec examen histologique, ceux de Flexner, Frenkel, Schreib, Ceseria-Dernel et Selenew de Moscou, est la perforation des tuniques stomacales qui met en communication le contenu de l'estomac avec la cavité péritonéale et peut provoquer surtout dans l'ulcère de la paroi antérieure une péritonite généralisée ou enkystée avec pyopneumothorax sous phrénique. Après guérison défectueuse, il peut se produire une sténose cicatricielle du pylore qui amène une dilatation de l'estomac. Enfin, dans certains cas, comme celui de M. Gaughey et J. J. Tyrec, où ils constatèrent un abaissement considérable du nombre des globules rouges, l'anémie et la cachexie peuvent acquérir une prépondérance importante.

## V. — Observations

Voici un certain nombre d'observations que nous avons classées en trois catégories : celles où l'examen histologique fut fait, celles qui comportent une autopsie et celles où seul l'examen clinique permit le diagnostic. Dans chaque catégorie, nous les avons classées par ordre chronologique, avec leurs références, et ne publiant complètes que quelques-unes prises comme types. M. le professeur agrégé Petges a eu l'extrême obligeance de nous communiquer une observation inédite, prise en commun avec M. le professeur agrégé Mauriac et que nous reproduisons in extenso.

### **1°. Observations concernant des cas probants d'ulcère gastrique d'origine syphilitique avec examen histologique.**

(Klebs) *Handbuch der Pathol. Anat.* I. 1869. p. 261.

Il s'agit d'un homme qui présentait de nombreuses cicatrices et ulcérations syphilitiques de la peau, des ulcérations spécifiques du larynx, syphilomes de la langue et du foie, gommes du poumon, gommes et ulcérations de la fin de l'intestin grêle.

« Il existait une ulcération syphilitique de l'estomac, située sur la paroi postérieure, près de la petite courbure, éloignée de deux fronces du cardia. La muqueuse était ulcérée sur la largeur d'une pièce de un centime, comme on l'observe dans de semblables affections de la base de la langue. Les autres couches de la paroi stomacale étaient épaissies; on voyait, à partir de la séreuse, un épaississement bien limité, brillant, tendineux, qui allait sur le fond de l'ulcère en formant une masse lardacée, argentée. A la coupe, on vit qu'il s'agissait de néoformation gommeuse des tuniques stomacales, accompagnée de dégénérescence caséuse du côté des couches internes. »

## Observation II.

(Weichselbaum). Bericht du Krankenanstalt Rudolfstiftung.

Wien. 1883. p. 383.

Un homme de 25 ans, mort d'érysipèle de la face, présentait des lésions syphilitiques du crâne, du pharynx, du larynx, du nez et du foie; dans l'estomac existait une cicatrice étoilée, blanchâtre, un peu déprimée et deux ulcérations de la paroi postérieure en haut de la grande courbure; la base et les bords de ces ulcérations étaient formés de tissu dur, cicatriciel, ayant toutes les apparences des néoformations gommeuses de la syphilis.

## Observation III

(Chiari). *Prag. Med. Wochenschrift* 1885. X. 461.

Gommes et ulcérations de l'estomac chez un hérédo syphilitique examen histologique montre formations-gommeuses, tissu granuleux à gros noyau, disposition autour des vaisseaux etc.

## Observation IV, V, VI.

(Birch-Hirschfeld). *Lehrbuch du pathol. apat.* 3<sup>e</sup> édit. Bd. II 887)

I. Garçon de 3 ans, hérédo-syphilitique, formations ulcéreuses gommeuses dans ganglions lymphatiques et dans l'estomac : ulcération à bords durs gommeux et fond nettoyé.

II. Femme de 45 ans, syphilis acquise, gomme du foie et dans paroi antérieure de portion pylorique plaque de 8 cm. avec ulcération.

III. Homme de 35 ans, syphilis acquise, ulcération de l'œsophage empiétant sur l'estomac, à fond lisse, en partie caséeux, à bord fibreux et épaissis. Au microscope : formation gommeuse récente.

## Observation VII.

(Chiari). *Inter. Beitzag. fur Wissenschaft med.* 1891. Bd. II p. 295.

Homme de 23 ans, dont le diagnostic clinique était : tuberculose pulmonaire, syphilis, catarrhe gastro-intestinal.

Mère morte de tuberculose, frères et sœurs morts en bas âge.

Depuis longtemps souffrait de toux, expectoration, sueurs nocturnes. Deux années avant sa mort, infection syphilitique; un an avant iritis syphilitique et depuis ce temps vomissements fréquents. Il y a deux mois, éruption papuleuse syphilitique sur le plus d'extension des membres supérieurs, qui disparut après des frictions mercurielles. Depuis trois semaines, après chaque repas, douleurs dans la région gastrique et selles diarrhéiques.

A son entrée à l'hôpital, le 20 janvier 1887, malade fébrile, affaibli signes de tuberculose de la moitié supérieure du poumon droit, douleurs vives dans la région gastrique, un peu d'albumine, et bacilles de Koch dans les crachats. Affaiblissement progressif et mort le 3 février.

*Autopsie* (résumée sauf en ce qui concerne l'estomac). — Cicatrice du gland, adénopathies multiples, exsudat pleural. Dans les poumons, tuberculose du lobe supérieur droit de plus existence ça et là de 3 nodules non caséifiés, et qui, à l'examen histologique, se sont révélés comme des gommes syphilitiques. Dans le foie, gommes, également dans les 2 reins. Dans l'intestin grêle, doubles lésions, les unes sont des abcès tuberculeux typiques, les autres des gommes syphilitiques ulcérées ou cicatrisées.

Estomac moyennement dilaté, contenant un liquide aqueux et visqueux avec nombreux résidus alimentaires. La musculuse n'est pas hypertrophiée, la muqueuse est par endroits légèrement épaissie, avec une disposition mamelonnée correspondant dans la partie pylorique à un catarrhe chronique. Le sérum en est généralement mince. Sur la paroi postérieure, se trouve une perte de substance occupant la moitié droite de l'estomac, étendue de la petite à la grande courbure, éloignée de 5 centimètres du pylore, presque ronde et qui donne l'impression d'abord d'un ulcère peltique ordinaire. Au centre, cet ulcère intéresse toute l'épaisseur de l'estomac, à tel point qu'il existe une perforation arrondie de 5 centimètres de diamètre, mais que fermement complètement le pancréas adhérent, le méso-côlon transverse et les tissus environnants du duodénum et du jejunum. A la périphérie, la perte de la substance moins profonde, concerne seulement la muqueuse dont quelques frangements nécrotiques brunâtres adhérent à la perte de substance ça et là, la sous-muqueuse, voire même les couches les plus internes de la musculuse.

En pratiquant des coupes sur les bords de l'ulcère et sur les régions

voisines, on vit bientôt que cette perte de substance était d'un genre spécial et que la sous-muqueuse des zones environnantes était envahie par le même tissu d'infiltration rencontré dans les plaques de l'intestin grêle. Cette infiltration s'étendait de la sous-muqueuse dans la muqueuse, par places, et dans la musculieuse sous-jacente. « J'avais déjà, dit l'auteur, par l'examen macroscopique, l'impression qu'il y avait là une perte de substance, qui sans doute était à considérer comme peptique, mais qui vraisemblablement s'était développée dans une partie de la paroi stomacale modifiée déjà et atteinte d'infiltration gommeuse. » Les tissus voisins recouvrant la perforation gastrique étaient cicatriciels. Cette façon d'envisager la perte de substance s'appuya encore sur une cause nouvelle, la présence dans l'estomac en diverses places d'épaississements de la paroi stomacale complètement analogues aux infiltrats en plaques de l'intestin, l'un gros comme un pois était au milieu de la paroi antérieure de l'estomac, juste en face de la perforation de la paroi postérieure, un autre de 2 centimètres était sur la grande courbure vers le fond de l'estomac (grosse tubérosité et les 3 autres d'un centimètre carré environ siégeaient à côté de cette dernière. Ces épaississements, occupant la sous-muqueuse et la muqueuse, étaient saillants dans la cavité stomacale, avaient une couleur blanchâtre, une consistance ferme et se perdaient peu à peu dans le voisinage. L'épaississement siégeant dans la paroi antérieure était légèrement dégénéré à son centre, les autres avaient leur couche superficielle intacte.

Dans tous ces infiltrats et dans les bords de l'ulcère furent faites de nombreuses coupes histologiques, elles montrèrent avec la certitude l'identité de l'infiltration des parois stomacales déjà si frappante macroscopiquement avec les plaques germineuses de l'intestin. Dans la partie répondant à la nécrose il existe une couche constituée par un tissu granuleux à grosses cellules, aux vaisseaux sanguins à parois très épaissies, tissu qui occupe surtout la sous-muqueuse, mais se prolonge aussi dans la musculieuse. Cette couche, assez pauvre en leucocytes, se prolonge en dehors par une infiltration leucocytaire dans toutes les tuniques de l'estomac et paraît être dans la sous-muqueuse comme dans une zone frontière avec le tissu normal. Dans les petits infiltrats de l'estomac, la sous-muqueuse est de même le siège

principal de l'infiltration du tissu granuleux, mais celui-ci se prolonge au moins au centre dans la muqueuse et la musculuse. Là aussi l'assemblage leucocytaire, en général peu abondant devient très abondant à la périphérie.

#### Observation VIII.

(Stolper) *Bibliotheca medica* (Heft 6 Cassel 1896).

Homme 43 ans, syphilis acquise. Trois grandes et trois petites ulcérations gommeuses de l'estomac.

#### Observation XI.

(Flexner) *American journal of medic-science*. Philadelphie 1898 p. 424.

Homme 52 ans, syphilis acquise, ulcère perforé de l'estomac, examen histologique.

#### Observation X.

(Frœnkel.) *Médecin moderne*, 7 janvier 1899.

Homme 47 ans, syphilis acquise, présentant 13 ulcérations gommeuses de l'estomac, ainsi que quelques-unes de l'intestin.

#### Observation XI.

(Cesaris-Demel.) *Archivio per le scienze  
med.* 1899. Torino vol. XXIII n° 14.

Jeune homme, syphilis acquise, ulcère de l'estomac avec hémorragie péritonéale.

#### Observation XII.

(Oberndorfer.) *Virchow's Archiv*. 1900-159

Enfant de 4 mois, syphilis héréditaire, ulcération germineuses de l'estomac.

**Observation XIII.**

(Schreib.) *Prager. med. Wachensch.* 1900 p. 537.

Homme 51 ans, ulcère gommeux perforé de l'estomac.

**Observation XIV.**

(Langovoi) *Médecine moderne*, 5 février 1902.

Ulcère gommeux de l'estomac constaté avec escérèse chirurgicale.

**Observation XV.**

(Selenew). (*Presse médicale*, 21 septembre 1912).

Ulcère rond de l'estomac trouvé à l'autopsie chez un syphilitique qui mourut à la 2<sup>e</sup> injection de salvarsan. 2 ulcères du pylore dont l'un perforé avec péritonite purulente.

**Observation XVI.**

(W. Frank Fowler). *Surgery gynecology and Obstetrics* 1921.

Tome XXXII, n° 5 p. 419-426.

Femme de 26 ans, syphilis acquise, opérée pour troubles gastriques qui n'avaient pas cédé à gastro-entérostomie et traitement spécifique. L'intervention révéla un volumineux ulcère calleux de la face postérieure de l'estomac qui fut enlevé et examiné.

**Observation XVII et XVIII.**

(Cade et Morenas) XV<sup>e</sup> congrès français de médecine de Strasbourg.

*Presse médicale*, 5 octobre 1921.

Deux cas d'ulcère syphilitique de l'estomac, à apparence macroscopique banale, mais à lésions artérielles syphilitiques importantes (endartérite oblitérante et périartérite avec infiltration lymphocytaire).

**2<sup>o</sup> Observations dans lesquelles la nature syphilitique des lésions n'est pas démontrée par un examen histologique, mais dans lesquelles il y eut examen anatomique.**

---

**Observation XIX**

(Fauvel). *Archives générales de médecine*, janvier 1886.

Ulcération de la muqueuse de l'estomac (pas d'examen histologique).

**Observation XX.**

(Wagner). *De Syphilomate ventriculi dissertatio* (Lipsiae, 1863).

Sur la muqueuse pylorique, deux ulcérations à fond jaunâtre.

**Observation XXI.**

(Lancereaux). *Gazette hebdomadaire*, 26 avril 1864, et *Traité de la syphilis* 1866, p. 310.

Lésions multiples de syphilis et dans l'estomac une ulcération voisine du pylore, ulcération à bords fibreux, d'apparence cicatricielle par places, ayant eu son centre presque perforé la paroi stomacale.

**Observation XXII.**

(Frerichs). (cité par Galliard et *Traité des maladies du foie* trad. franç. Paris, 1866).

Petite cicatrice rayonnée suite d'ulcère siégeant sur la petite courbure.

**Observation XXIII.**

(Murchison). *Transact. of the Pathological society of London*  
vol. XXXI, 1870, p. 162.

Syphilitique ancien mort de gastrorrhagie et dont l'estomac présentait un ulcère juxta cardiaque, ayant ouvert un fort rameau artériel.

**Observation XXIV.**

(Copazzi). X. Morgagné, 1867, p. 89.

Ulcérations de la muqueuse gastrique chez un syphilitique.

**Observation XXV.**

(Trioupe). *Progrès médical*, 1874, p. 424.

Malade mort d'hématémèse foudroyante, porteur à l'autopsie de lésions syphilitiques multiples et d'une ulcération en lentille de la région pylorique au fond de laquelle était un vaisseau artériel ouvert.

**Observation XXVI.**

(Drozda). *Wien. medic. Presse* 1<sup>er</sup> août 1880, n° 31.

Cicatrice, suite d'ulcère de l'estomac chez un syphilitique.

**Observations XXVII, XXVIII**

(Chiari). *Intern. Beitrag für Wissenschaft méd.* Bd. II, 1891

I. Ulcères de l'estomac avec érosion de la coronaire chez un syphilitique.

II. Cicatrice d'ulcère peptique probable chez un syphilitique.

**Observation XXIX**

(Zawadzki et Luxemburg). *Gaz. Lex. Warszawska*, 1893, XIII, 1233  
et in *Virchow Hirsch Jahresbericht* 1893.

Ulcère de l'estomac avec altération des vaisseaux sanguins.

**Observation XXX.**

(Barbier). Syphilis de l'estomac. *Thèse*, Paris 1903

Périgastrite et ulcérations de la muqueuse gastrique chez un hérédo-syphilitique.

**3<sup>o</sup> Observations sans examen anatomique**

**Observation XXXI.**

(Andral). *Clin. med. Paris*. 1834, T. II p. 20.

Femme présentant ulcérations syphilitiques de pharynx et symptôme d'ulcère de l'estomac fut soignée par des pilules et des frictions de mercure. « et après la douzième friction l'état de la malade n'était plus reconnaissable ».

**Observations XXXII, XXXIII**

(Dujardin Beaumetz). *Gazette des Hôpitaux*, 1866, n° 16.

Deux cas d'hématèmes dans la syphilis tertiaire. Guéris par l'iode de potassium.

**Observation XXXIV.**

(Hiller). *Monatschrift Pratk.* 1883.

Hématémèses guéries par le traitement spécifique.

**Observation XXXV.**

(Tavernier), (cité dans la thèse de Gouzot, Bordeaux, 1886.

Symptômes d'ulcère rond de l'estomac guéris par le traitement spécifique.

**Observation XXXVI.**

(Rosanow). *Medic. obozr.* 1890 n° 7 et *Semaine médicale* oct. 1890  
Ulcère de l'estomac guéri par le traitement iodo-mercuriel.

**Observation XXXVII.**

(Keser). *British medic. journal London*, 1891, II 696.

Ulcère gastrique dans la syphilis secondaire.

**Observation XXXVIII, XXXIX**

(Markay). *The Lancet* déc. 1898, II, 1701.

Deux cas d'hématémèses dont l'un chez un hérédo-syphilitique tardif, guéries par le traitement spécifique.

**Observations XL, XLI.**

(Dieulafoy). *Clin. medic. de l'Hôtel-Dieu* 1897-98, et *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 10 déc. 1902.

I. En 1898 entrant dans mon service un homme atteint depuis un an et demi des symptômes classiques de l'ulcère simple de l'estomac. Il fut soigné, au début, à l'Hôtel-Dieu annexe. Il se plaignait alors de douleurs stomacales et rachidiennes dont l'intensité augmentait après les repas et qui étaient fréquemment suivies de vomissements alimentaires. Le malade fut considéré comme atteint d'ulcus simplex, on prescrivit le régime lacté absolu : lait, képhir, glace, potions morphinées ventouses et pointes de feu à la région stomacale.

Quelques semaines plus tard, le malade ne se trouvait pas suffisamment amélioré, quittait l'hôpital. Mais toujours en proie aux mêmes souffrances, il ne tarda pas à rentrer dans un autre service. Les symptômes n'avaient pas varié. Il est de nouveau soumis au traitement de l'ulcus simplex.

Après trois mois de traitement, interrompu par un court séjour à Vincennes, le malade quitte l'hôpital sans amélioration notable. Il ne tarde pas à y rentrer car les douleurs gastriques ont encore augmenté

d'intensité et les vomissements alimentaires sont très fréquents. Un soir, à 11 heures, survient une hématomatémèse très abondante, les caillots sont si volumineux que le malade doit les extraire de la bouche avec les doigts. Pendant les 8 mois que cet homme est resté à l'hôpital, le traitement a été des plus variés et des mieux conduits. On a repris le régime lacté et la médication alcaline, le régime ne donnant pas le résultat attendu, on a prescrit une alimentation en partie composée d'œufs et de poudres de viande. Des lavages de l'estomac ont été faits tous les jours pendant 3 mois, une révulsion intense a été appliquée sous différentes formes : ventouses sèches, ventouses scarifiées, teinture d'iode, cinq vésications et pointes de feu par centaines. Devant la ténacité du mal, et bien que cet homme ne présentât aucun stigmate d'hystérie, on s'est demandé s'il n'y avait pas là un élément nerveux, on a fait administrer les douches pendant plusieurs semaines, on a eu recours aux bains de tilleul prolongés, on a pratiqué des séances d'alimentation. Mais toutes ces médications sont restées sans résultat ou peu s'en faut.

Le malade quitte encore une fois l'hôpital et il rentre bientôt dans un autre service de l'Hôtel-Dieu annexe. Il continuait à présenter tous les symptômes de l'ulcus simplex; il eut même une nouvelle hématomatémèse plus abondante que la première. Il maigrissait, dépérissait, souffrait continuellement et n'avait plus de sommeil. Devant l'inefficacité des moyens employés jusque là et devant la persistance et la longue durée de l'ulcus stomacal qu'aucun traitement ne semblait pouvoir amender, l'idée de l'intervention chirurgicale gagnait du terrain et on conseilla à cet homme d'aller en chirurgie.

C'est sur ces entrefaites que le malade entra dans mon service. Je le trouve blotti dans son lit, abruti par la souffrance, l'œil terne et l'air hébété. Les symptômes ne laissent aucun doute sur le diagnostic d'ulcus simplex qui a été porté depuis un an et demi dans les différents services où ce malade a séjourné. La douleur est nettement accusée aux points xiphoïdien et rachidien. Cette douleur, nous dit le malade, le traverse de part en part, elle le prive de tout repos, elle n'est jamais plus vive qu'après les repas; elle apparaît même après l'ingestion du lait et l'estomac est tellement intolérant que lait et aliments sont rendus une demi-heure plus tard. Je ne constate aucune dilatation de

l'estomac, le creux épigastrique est très sensible à la pression, et cet homme n'éprouve quelque soulagement qu'en se couchant sur le côté droit. Au cours de l'examen on aperçoit aux jambes quelques cicatrices donnant l'impression d'anciennes syphilides ulcéreuses. Le malade est interrogé dans ce sens. Il raconte en effet avoir eu la syphilis en juillet 1895. Il fut soigné, à cette époque, à St-Louis dans le service de Fournier pour des accidents syphilitiques, syphilides de la peau et des muqueuses, du scrotum et de la bouche syphilides ulcéreuses des jambes. Il ne resta que 15 jours dans le service de Fournier et c'est 10 mois après ces manifestations syphilitiques qu'apparurent les premiers symptômes de l'ulcère gastrique. Il était donc permis de supposer que les accidents gastriques, qui, depuis 18 mois, tourmentaient cet homme, étaient de nature syphilitique. Cette hypothèse déjà émise par mon chef de clinique M. Kaln était d'autant plus admissible que le régime lacté et autres traitements, qui, d'habitude, améliorent ou guérissent l'ulcus simplex, étaient restés ici, pendant un an et demi sans résultat. Aussi avait-on songé en dernier lieu à une intervention chirurgicale.

Avant de prescrire le traitement spécifique, je voulus me rendre compte de l'état du malade. Je ne lui prescrivis aucune médication et le soumis uniquement au régime lacté. Mais douleurs stomacales et vomissements continuaient comme par le passé, le lait était vomi liquide ou en caillots. C'est alors que je prescrivis le traitement mercuriel. On pratiqua tous les jours une injection de 4 milligrammes de biiodure d'hydrargyre. Pendant 5 jours, les symptômes persistèrent. Mais dès la 6<sup>e</sup> injection les douleurs diminuèrent, et après une douzaine d'injections, elles disparurent ainsi que les vomissements. Le malade dormait lui qui, depuis si longtemps, était privé de sommeil, sa physionomie se modifiait d'un jour à l'autre, il ne savait comment nous témoigner sa surprise et, pour nous montrer à quel point il était amélioré, il frappait sur son estomac; il se retournait dans son lit sans éveiller aucune douleur. Dès ce moment il put absorber deux ou trois litres de lait, sans le moindre vomissement et il éprouva un bien-être qu'il n'avait pas ressenti depuis un an et demi.

Quelques jours plus tard, j'associé l'iodure de potassium aux injections mercurielles. Douleurs stomacales et vomissements ne repa-

rurent plus; le malade ne pouvait se rassasier, outre ses 4 portions d'aliments, il demandait des rations supplémentaires; il engraisait au point de reprendre 4 kilogs en 5 semaines. En un mot, il était guéri, je l'ai revu depuis, il était en parfait état.

II. Homme atteint d'hématémèses, ayant eu un testicule syphilitique et présentant actuellement gommès suppurées du cou. Tous ces accidents cédèrent au traitement mercuriel récidivèrent et cessèrent de nouveau ensemble.

#### Observation XLIIX-LIII

(Pinhorn). *Philadelphia medic. journal*, 1900 p. 262.

I. Ulcère gastrique sans hématémèse guéri par le traitement spécifique.

II. Ulcère gastrique avec hématémèse guéri par le traitement spécifique.

#### Observation XLIV

Mamulea) *Spilatul Revista med.* 1901, XXXI p. 103.

Ulcère gastrique en période secondaire guéri par le traitement mercuriel.

#### Observation XLV

(Baylac et Chamayore). *Echo médical de Toulouse* 1901 n° 12 et 13.

Ulcère d'estomac avec pseudo péritonite hystérique au cours d'une syphilis secondaire.

#### Observation XLVI-XLVII

(Fournier) *La syphilis* T. I, n° 1 juillet 1903. et *Traité de syphilis* t. I p. 710.

Deux cas d'hématémèse dans la syphilis tertiaire guéris par l'iodum de potassium.

### Observation XLVIII

(Hayem) *Presse médicale* 18 février 1905 et 2 mai 1906

Hématémèse au cours d'une syphilis tertiaire guérie par le traitement spécifique.

### Observation XLIX

(Salomon-Iser) *rapportée à la Société de Thérapeutique*  
*séance du 26 avril 1919* par A. Leven

La malade âgée de 45 ans, avait été soignée par le Dr Salomon-Iser en 1905. A ce moment elle présentait des exostoses frontales humérales et des lésions du nez. Le Dr Laurens, consulté au sujet de ces lésions nasales, fit le diagnostic et prescrivit un traitement mercuriel qui mit fin à tous les accidents.

Le 1<sup>er</sup> novembre 1909, il revit la malade qui avait des hématémèses et des melaera depuis un mois et demi et que son médecin croyait atteinte d'un cancer gastrique.

En présence de ces accidents et du passé syphilitique le Dr Solomon-Iser, refit 18 injections de Ogr. 01 de biiodure de mercure et donna 2 grammes d'iodum de potassium par jour. L'amélioration fut très rapide, les hémorragies cessèrent et la malade augmenta de 3 kilogr.

Le 18 janvier 1910, elle présenta des hémorragies intestinales répétées : elle rendait tantôt du sang rutilant tantôt des melanes, mais il ne se produisit plus d'hématémèse.

La malade redemande un traitement hydrargyrique que son médecin ne consent pas à instituer. Elle rappelle alors le Dr Solomon Iser qui arrête les hémorragies intestinales avec quelques injections d'hydryre

### Observation L

(Gaillard). *Presse médicale*, 7 juin 1911

Femme de 51 ans, atteinte d'hématémèses récidivantes avec douleurs, chez qui on constatait, en l'absence de tout autre stigmate, l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière. R. W. +. Traitement par injection de biiodure de mercure. Guérison complète après une récurrence qui amena une deuxième cure.

### Observation LI

(H. D. M. Gaughey et J. J. Tyree)

*The journal of the Missouri state medical association*, janvier 1919.

Malade à douleurs gastriques, nombreuses selles teintées de sang, abaissement du nombre des globules rouges, présence d'enfants hérédo syphilitiques, cinq fausses couches. R. W. +. Traitement spécifique amena une amélioration très nette.

### Observation LII à LVII

(A. de Sousa Babo) *Portugal Medico* février 1919

Six observations d'ulcère. Diagnostic posé par antécédents personnels ou héréditaires des malades, coexistence de micropoliadénie chez certains de symptômes d'aortite, chez l'un d'eux hémiplegie ancienne. R. W + 5 fois. Action du traitement mercuriel nettement favorable.

### Observation LVIII-LIX-LX

(M. Bouchut). Société de chirurgie de Lyon 27 octobre 1921

Trois observations d'ulcère gastrique et de gastro-radiculite concomitantes.

### Observation LXI inédite

(G. Pelges et P. Mauriac).

Ulcère de l'estomac chez une syphilitique rapidement amélioré et guéri par un traitement spécifique mixte).

Mme X..., 38 ans, a des antécédents héréditaires, collatéraux et personnels parfaits, nets de toute tare; elle n'a eu, avant les accidents actuels, aucune maladie; elle est mère de quatre beaux enfants quelle a nourris sans difficultés.

Elle se présente à notre consultation le 27 février 1914, pour des lésions buccales et une angine tenace qui datent de 4 à 5 semaines.

*Etat actuel*, pâle, amaigrie, fatiguée, le facies tiré, la voix enrouée, Mme X..., présente tous les symptômes d'un syphilis secondaire

floride avec céphalée et douleurs ostéocopes à maximum nocturne, avec vertiges d'une éruption papuleuse ayant les caractères de la roséole sur le déclin avec des plaques muqueuses papulohype trophiques des lèvres, des joues et du pharynx, avec une polyadénopathie typique. La réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive. Il s'agit d'un cas de « syphilis insontium ».

Pour diverses raisons, indépendantes de notre volonté, un traitement arsénobenzolé ne peut être appliqué à ce moment, non plus que des injections mercurielles. Du 15 mars au 1<sup>er</sup> août 1914, elle prend durant 1 mois sur 40 à 50 jours, soit des pilules d'hectargyre, soit des pilules de Ricord, soit un sirop du type du sirop de Gibert, sauf pendant quelques semaines réservées à un traitement intensif par six injections intramusculaires de 0 gr. 05 de calomel, une toutes les semaines. Tous les signes de syphilis ont rapidement disparu, l'état général est redevenu excellent.

Nous avons perdu la malade de vue durant la guerre et ne l'avons retrouvée que le 1<sup>er</sup> mars 1920. A ce moment son mari nous apprend qu'elle a eu une grossesse terminée en 1917 par un avortement, à la suite duquel un confrère a pratiqué deux séries de dix injections intraveineuses de cyanure de mercure. Depuis un an et demi environ, a fait quelques séries de pilules, aucun traitement réellement suivi n'a été fait. Elle a présenté en 1918 une périostite syphilitique du tibia.

Etat le 1<sup>er</sup> mars 1920. Mme X... paraît très touchée : elle a maigri de plusieurs kilos, elle est pâle, incapable de supporter les efforts et les fatigues qu'elle supportait encore vaillamment quelques mois auparavant. Elle ne présente aucun autre signe net de syphilis que la persistance de ganglions épitrochléens et inguinaux caractéristique et des syphilides pigmentaires de la nuque et du cou. Elle se plaint de l'estomac : renvois acides, douleurs, sensations de brûlures calmées par l'ingestion des aliments et rendant 3 à 4 heures après ces repas, réduits au minimum dans la crainte de la souffrance. Il existe de la constipation.

Ces signes sont améliorés, mais ne cèdent pas à un régime approprié, à l'ingestion de bicarbonate de soude à la dose de 5 gr. par jour non plus qu'à la diète lactée et au repos. Elle n'a pu supporter de pilules de Ricard ni de solution au sirop contenant du mercure..depuis

plusieurs mois, ni venir pour recevoir un traitement plus actif. L'ingestion de composés mercuriels aggrave l'acuité des douleurs.

Mme X... se présente à nouveau à notre consultation, le 8 avril 1920, dans un état de fatigue plus accentué, se plaignant de douleurs de brûlures gastriques intolérables, une sensation de douleurs en broche, aggravée par la pression, elle n'ose presque pas manger dans la crainte d'exacerber ces douleurs, car depuis une quinzaine de jours elle sont continues et s'exaspèrent par l'ingestion d'aliments, réduits à des œufs et du lait, et souffre cruellement après avoir fait ce petit repas; les douleurs ne s'atténuent pas pendant la nuit. Quelques régurgitations acides laissant une sensation de brûlure dans l'œsophage et dans la gorge se produisent le matin ou quelques heures après les repas, sans que la présence de sang soit constatée dans les glaires et les liquides régurgités.

Le 19 avril 1920, appelé à venir chez elle, Mme X.. qui ne peut sortir et est alité, nous la trouvons vers 8 h 1/2 du matin, dans un état précaire : pâle, la face endolorie et anxieuse, les yeux encaqués, elle se plaint d'une douleur violente, continue, avec exacerbations quand elle prend quoi que ce soit, avec une sensation de brûlure, dans la région épigastrique. La douleur, intolérable, se propage dans le dos, un peu au-dessous de l'omoplate gauche. Quelques filets de sang mélangé à des glaires et à un liquide clair ont été vomis, et l'abdomen est rétracté la région épigastrique comme creusée, avec une défense musculaire qui ne permet pas une palpation même très douce. La moindre pression augmente la douleur avec un maximum à gauche de la ligne médiane, au-dessous et au-dehors de l'appendice syphoïde. Tous ces phénomènes ont pris une acuité sérieuse depuis un jour et demi, et augmentent malgré la diète, coupée de l'ingestion de quelques gorgées de lait, de bicarbonate de soude à la dose de 5 à 6 grammes et de gélose bismuthée prise depuis quelques jours. La malade n'a reposé qu'après une piqûre de un demi centigramme de chlorydrate de morphine faite la veille au soir et une de un centigramme dans la nuit.

Prescription : diète, immobilisation, potion avec un centigramme de chlorchhydrate de morphine et de cocaïne, bouillie bismuthée. L'hypothèse d'un ulcère d'origine syphilitique nous apparaissant comme possible en raison du début relativement rapide des accidents chez une

syphilitique insuffisamment traitée, et sans passé gastropathique, nous pensons devoir appliquer un traitement spécifique, mais désirons auparavant voir la malade en consultation avec un confrère. Nous la voyons le même jour à 11 heures avec notre collègue et ami le professeur agrégé Pierre Mauriac.

Indépendamment des signes gastriques signalés à demi et que nous retrouvons avec M. Mauriac, il existe quelques frottements pleuraux au sommet droit et dans la région scissurale. Le pouls bat à 100 pulsations par minute, il est faible. Les bruits du cœur sont sourds. La tension artérielle mesurée à l'oscillomètre sphigmo-manométrique du Dr Pachon est de 11-9, indice 3. Il existe une fièvre légère 38°2. Nous sommes d'accord sur l'existence d'un ulcère de l'estomac qui s'impose et sur la probabilité ou du moins possibilité de son origine syphilitique. Nous souvenant des cliniques et des travaux de Dieulafoy sur ce sujet, nous prescrivons non seulement une médication mercurielle, mais iodurée deux centigrammes de biiodure de mercure et deux grammes d'iode de potassium dans 15 grammes de sirop d'écorce d'oranges amères et 15 grammes d'eau, par jour), étant convenu qu'une surveillance attentive sera exercée sur l'action de ce traitement, et qu'il sera suspendu, s'il y a lieu, à la moindre alerte. Malgré nos appréhensions, son effet est rapide et bienfaisant; loin de paraître nuisible il est bien toléré et les douleurs sont plus supportables le soir même après ingestion de la dose indiquée prodie. 25 avril 1920 : la potion mixte est tout à fait bien tolérée et continuée, les douleurs s'atténuent la malade a pu prendre sans douleur plusieurs tasses de lait, les purées sont digérées sans douleurs immédiates ni consécutives.

1<sup>er</sup> mai 1920 les douleurs ont complètement cessé depuis plusieurs jours, la malade se lève depuis une semaine et mange normalement. Continuation du traitement mixte. 10 juin 1920. La guérison se maintient et la malade a engraisé de 2 kilogs. Ce traitement a été suspendu au bout d'un mois.

1<sup>er</sup> octobre 1920. Mme X... a repris son embonpoint normal, ses forces sont revenues, elle peut mener sa vie active habituelle depuis le mois de juin et ne ressent plus aucun trouble gastrique.

Dans l'impossibilité de la traiter nous-même, nous conseillons de

lui faire suivre une cure arsénobenzolée ou à défaut, de prendre deux pilules d'hectargyre par jour pendant un mois sur deux.

25 novembre 1921. Nous avons revu Mme X... dans le courant de l'été 1920, elle était en parfait état et nous avons eu de ses nouvelles récemment. Elle a tous les attributs d'une bonne santé, mais ne se soigne pas suffisamment bien la maladie causale de ses ennuis, la syphilis.

La classification que nous donnons de ces observations nous dispensera de discuter longuement leur valeur respective, car il est bien entendu qu'au point de vue scientifique pur, celle qui comportent un examen anatomique et histologique sont les meilleurs. Elles sont même indiscutables, puisqu'on a trouvé le tissu gommeux caractéristique de la syphilis tertiaire formant les bords de l'ulcère et infiltré dans les couches de tissu avoisinantes. Celles où l'examen anatomique seul fut fait pourraient être davantage discutées, car le fait de trouver à l'autopsie un ulcère d'estomac chez un syphilitique ne prouve pas forcément que cet ulcère soit d'origine syphilitique et non pas d'essence banale. Mais cependant l'aspect macroscopique de la lésion, avec son fond jaunâtre sanicieux et l'importance de ses lésions artérielles, suffit à amener le diagnostic. Parmi les observations basées sur la seule clinique, quelques-unes sont assez discutables : celles où l'ulcère fut rencontré dans la période secondaire car il semble réservé à la période tertiaire, les fondations gommeuses et les lésions d'artrite caractéristique de cette période en était la cause. Peut-être y eut-il simple coïncidence entre la syphilis et un ulcère d'origine banale. Mais en tout cas, les observations et elles sont les plus nombreuses où le traitement usuel de l'ulcère gastrique ayant été appliqué sans résultat, le traitement spécifique le fut aux succès, ne semblent pas discutables.

---

## VI. — Diagnostic

---

C'est ce traitement d'épreuve qui est à la base ou plutôt confirme le diagnostic dont nous allons rappeler brièvement les grands points déjà traités dans le chapitre de la symptomatologie.

Ce qui fait que la syphilis gastrique est si souvent ignorée, dit Fournier, c'est que d'abord on la croit rare et qu'elle ne l'est pas, et ensuite que l'on croit que la syphilis se traduit par des symptômes spéciaux et qu'en face de symptômes comme ceux que l'ulcère rend, on ne songe pas que la syphilis a pu les causer : « un viscère qui souffre n'a pas une plainte spéciale adaptée à la nature de telle ou telle cause qui l'a rendu malade. » Pourtant quelquefois la symptomatologie peut mettre déjà sur la voie. Les douleurs, parfois terribles, sont à horaire moins fixe, à exacerbation nocturne, les gastro-nagies très abondantes.

Cependant seule la constatation de la syphilis chez le malade assurera le diagnostic. Rechercher les antécédents héréditaires et personnels, examiner le sujet et constater ou non la présence de lésions d'origine spécifique : exostoses, syphilitides, plaques leucoplasiques, ulcérations d'autres appareils,

aortite, tabes plus ou moins fruste, dilatation brachique etc. Si le malade nie tout antécédent vénérien, si l'on ne trouve aucun signe et en tout cas, pour plus de sûreté, faire une réaction de Wassermann. Tous ces signes étant négatifs, il reste encore une ressource : c'est d'appliquer le traitement d'épreuve, le traitement mixte : injections et frictions mercurielles et iodure de potassium. Si le traitement habituel de l'ulcère rond : régime lacté et alcalin est resté sans action et que le traitement spécifique amène une amélioration notable, il  
\* n'y a plus à douter, l'ulcère d'estomac dont souffre le patient est d'origine syphilitique.

---

## VII. — Évolution et Pronostic

---

Le pronostic est grave, l'ulcère d'estomac d'origine syphilitique suit le sort de toutes les lésions syphilitiques. Laissé à lui-même, il peut guérir, mais son évolution est le plus souvent longue et finit, dans certains cas, par entraîner la mort, du fait d'une complication surtout. Les grandes gastrorragies ne sont pas rares, les mortelles n'y sont pas inconnues. La perforation est plus exceptionnelle, mais quand on songe qu'elle peut aboutir à la péritonite purulente, combien le pronostic devient sombre. Guérir vicieusement l'ulcère, peut, à l'aide d'une sténose pylorique amener une dilatation stomacale. Guéri ou semblant être guéri complètement, à la suite d'un traitement spécifique, il peut récidiver, mais il ne résiste jamais à un second traitement iodo-mercuriel et c'est cette notion de sa curabilité par le traitement spécifique qui éclaire le pronostic, tout en confirmant le diagnostic.

---

## VIII. Traitement

---

Donc, dès qu'on a le moindre soupçon de syphilis en face des symptômes d'un ulcère gastrique, il faut employer le traitement spécifique.

Il faut d'abord agir sur la lésion locale et pour cela employer le traitement iodo-mercuriel. Nous empruntons à G. Leven celui qui lui, a, affirme-t-il, toujours bien réussi;

Pendant 21 jours, faire le 1<sup>er</sup> jour une injection intramusculaire de 0 gramme 02 de biiodure de mercure, le 2<sup>e</sup> jour, une friction avec 4 grammes d'onguent napolitain belladonné et le 3<sup>e</sup> jour, appliquer un suppositoire mercuriel, car la voie rectale paraît spécialement intéressante pour les lésions du tube digestif. On recommence le cycle, puis un repos de 15 à 20 jours et si les symptômes n'ont pas cédé, le traitement est repris de la même façon. En même temps que le mercure on prescrit l'iodure de potassium : 3 grammes par jour et alors qu'il est mal toléré par un dyspeptique banal, il est très bien supporté par un syphilitique, si bien supporté qu'il est un des grands facteurs de la guérison.

Cependant ce traitement peut rester inactif, quand l'ulcère n'est que l'une des nombreuses dentéropathies syphilitiques c'est-à-dire, n'est causé qu'indirectement par la syphilis,

par l'intermédiaire d'une artérite ou d'une gastro-radiculite, cas assez rares d'ailleurs, et il faut songer à l'intervention chirurgicale : opération de Franke ou celle de Fœrster.

Mais de toute façon, que le malade ait été guéri de son ulcère par le traitement iodo-mercuriel, ou par une opération chirurgicale, il ne faut pas l'abandonner, car on ne doit pas oublier qu'il est syphilitique et que l'on peut guérir définitivement sa syphilis. Pour cela, on emploiera les arsenicaux, avec toute la prudence convenable, à doses faibles au début, régulièrement progressives ensuite, en commençant par 0 gramme 15 de novarsénobenzol jusqu'à un centigramme  $1/2$  du poids vif du malade. Les séries peuvent être renouvelés 4 et 5 fois par an. Ainsi le malade sera non seulement à l'abri des récidives de son ulcère d'estomac, mais encore fortement amélioré dans son état général et le médecin pourra, à bon droit, être fier du résultat de sa méthode thérapeutique.

---

## CONCLUSIONS

---

I. L'ulcère de l'estomac est parfois d'origine syphilitique, les observations que nous avons rapportées avec guérison par le traitement iodo-mercuriel le prouvent.

II. L'ulcère de l'estomac n'est pas toujours d'origine syphilitique. Sa présence chez des individus indemnes de toute tare vénérienne, sa résistance au traitement spécifique, la possibilité d'une autre pathogénie et les preuves qui en ont été faites le démontrent. Mais il l'est souvent. Brinton rapporte qu'Engel sur 100 ulcères d'estomac a trouvé 10 ulcères syphilitiques et c'est l'avis de Cade et de Morenas que cette proportion de 10 %. Castaigne ayant cherché systématiquement la syphilis chez des malades évincés de l'armée avec le diagnostic d'ulcère-gastrique l'a trouvée souvent.

III. Donc devant toute gastropathie grave rebelle à la thérapeutique usuelle, il faut penser à la syphilis et appliquer immédiatement le traitement iodo-mercuriel, qui, s'il ne la guérira pas parfois, l'améliorera toujours.

Vu :  
*Le Doyen de la Faculté :*  
D<sup>r</sup> SIGALAS

*Le Président de thèse*  
W. DUBREUILH.

Vu et permis d'imprimer  
Bordeaux, le 6 Décembre 1921  
*Le Recteur de l'Académie*  
R. THAMIN

## BIBLIOGRAPHIE

**Andral.** — Clin. Médic. Paris 1834 t. II, p. 201 ou 4<sup>e</sup> édit. 1839, t. II, p. 191.

**Azémar et Lacapère.** — *Paris médical*, 1919.

**Baylac et Chamayou.** — Archives médic. de Toulouse 1901, VII, p. 145. *Echo médical de Toulouse* 1901.

**R. Bensaude et L. Rivet.** — *Presse médicale*, 25 oct. 1919. p. 621.

**Birch Heischfeld.** — Lehrbuch der Path. Anat. 3<sup>e</sup> édit. Bd II 1887, p. 518-537-589.

**Bittner.** — *Prag. med. Wochensch.* 1893, XXIII p. 581.

— *Centralblatt für allgem. Path.* Bd. V, 1894, P. 175.

**Bouchard et Roger.** — Nouveau traité de Pathologie générale t. II, p. 429. (*Masson et Cie éditeurs* Paris 1914).

**Bouchut.** — Société de chirurgie de Lyon, 27 oct. 1912.

**Bouveret.** — Traité des maladies de l'estomac 1893, p. 715.

**Brinston.** — Diseases of the stomach. *London* 1864.

**Buday.** — *Wirchow's Archiv. B.* 141, p. 514.

**A. Cade.** — Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin. O. Doin, édit. Paris 1910.

**Cade et Morenas.** — *Presse médicale*, 5 oct. 1921.

**Capozzi.** — H. Morgagni 1867, p. 89.

**Carrière (G.).** — *Tribune médicale*, 19 déc. 1908.

**Castaigne.** — *Journal médical français*, déc. 1918.

**Cesarès-Demel.** — *Archives per le scienz eméd.* 1899, Torino, vol. XXIII n° 14.

— *Prag. méd. Wochenschr.* 1885 X, p. 461.

— *Centralblatt für Wissenschaft* 1886.

— *Intern. Beil für Wismusch méd.* Bd II, 1891, p. 295.

— *Zutoch für Heilk* Bd XV, 1894.

**Cornil.** — Société médicale des Hôpitaux de Paris, 28 mai 1874.

— *Leçons sur la syphilis*, Paris 1879, p. 406.

**Cornil et Dauvier.** — *Manuel d'hist. pathol*, t. II, p. 296.

**Coyne.** — *Leçons faites à la Faculté de médecine de Bordeaux sur les lésions anatomopathol. du tube digestif*, 1885-86.

**Cruveilhier.** — *Revue de médecine* 1838.

**Damaschesno.** — *Maladies des voies digestives*. Baillière éd. Paris 1880.

**Dechambre et Lereboullet.** — *Dictionnaire des sciences médicales*. Masson éd. 1888.

**Dieufafoy.** — *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu* 1897-98, 4<sup>e</sup> leçon.

— *Bulletin de l'académie de méd. de Paris*. 17 mai 1898.

— *Bull. médic.* 18 mai 1898 n° 40.

— *Journal de médecine et de chirurgie pratique* 10 déc. 1902.

— *Manuel de pathologie int.* 16<sup>e</sup> éd. 1918, t. II.

**Drozela.** — *Wien meudic Presse* n° 31, 1880.

**Dujardin-Beaumetz.** — *Gazette des Hôpitaux* 1866, n° 16.

**Enriquez (Ed.).** — *Traité de méd.* t. I, O. Donin ed. 1909.

**Tnhorn (Max).** — *Philadelphia med. Journ.* 1900. V, p. 262.

**Eusterman.** — *American journal of the medical sciences*, janvier 1917.

**Fauvel.** — *Bull. de la soc. anat.* 1858.

**Fuiger (E.).** — *La syphilis et les maladies vénériennes*. Alcan ed. Paris 1809.

**Fioup.** — *Progrès médical*, 1874.

**Flexner.** — *American journal of med. scienc.* Philadelphie 1898, p. 424.

**Fournier (A.).** — *Bulletin de l'Académie de médecine* 81 janvier 1898.

— *La Syphilis*, t. I, n° I, juillet 1903.

— *Traité de la syphilis*, t. I, p. 710.

**Fraenzel.** — *Médecine moderne* 7 janvier 1899.

**Frank Fowler (W.).** — *Surgery gynecology and obstetrics* 1921, t. XXXII n° 5 p. 419-26.

**Frerichs.** — *Traité des maladies du foie*. Trad. française, Paris 1866, p. 329.

**Galliard.** — *Archives générales de médecine*. janvier 1886.

- *Presse médicale*. 7 juin 1911.
- Ganghey et Tyrée (J. I.). — *The journal of the Missouri state medical association* janvier 1919.
- Goujot. — *Thèse de Bordeaux* 1886.
- Hallopeau et Fouquet. — *Traité de la syphilis*. Bailliè ed. Paris 1911.
- Hayeau. — *Presse médicale* n° 14 18 février 1905.
- — — n° 35 2 mai 1906.
- Hemmeter. — *Diseases of the stomach*, 2<sup>e</sup> édit London 1904, p. 596.
- Hiller. — *Mrinal f. Maltriss, Dermi.* Hamburg 1882, I, d. 97.
- Hurst. — *The Botish medical journal*. 1919.
- Jullien. — *Maladies vénériennes* Bailliè ed. Paris 1897.
- Keser. — *Bristich med. journ.* London 1891 II, p. 696.
- Klebs. — *Handbuch de Path. Anat.*, 1869, I, p. 261.
- Krienitz. — *Deutsche méd. Wochenrsch*, n° 22. 1906, p. 872.
- Lancereaux. — *Gaz. hebd. de chir. et de médec.* 26 août 1864.
- *Traité de la syphilis*. 1866, p. 310.
- Langovoi. — *Médecine modern* 5 février 1902.
- Leveu (G.). — *La Dyspepsie*. O. Douin ed. Paris 1922.
- *Bull. de la Société de thérapeutique* 12 juin 1912, 11 juin 1913.
- 9 juin 1920.
- Leven (G.). — *Paris médical* 3 juin 1911.
- Loeper. — *Leçons de pathologie digestive*, Masson éd. Paris 1911.
- Lublinski. — *The journ. of the Améric assoc.* Chicago 1900 XXXII p. 755.
- Mackay. — *The Lancet*, 24 déc. 1898, vol. II, p. 1701.
- Mamulea. — *Spilatul Revist med.* 1901 XXI p. 103.
- Marfan. — *Gaz. des Hôpitaux*, 23 avril 1887.
- Mauriac (C.). — *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire* 1890, p. 721.
- Mouhihan. — *The British medical journ* 13 déc. 1919 p. 763-69.
- Marchison. — *Transact of pathol. soc.* 1876. XXI.
- Nicolayson. — *Norsk Magazin for Loege videnskaben*, mars 1920.
- Oberbdorfer. — *Wirchows Arch.* 1900, p. 154.
- Oser. — *Vierteljarsch cf. Derm. und Syph.* p. 27, 1871.
- Obendorfer. — *Wirchows Archiv.* 1900, p. 159.
- Oser — *Vierteljarschf. Derm. med. Syph.* p. 27, 1871.
- Pater. — *Thèse de Paris*, 1907.

- Rosanow.** — *Méd. Obozr.* Moskou 1908 n° 7.  
— *Semaine médicale* 1908 n° 43.
- Schreib.** — *Prager med. Wochensch.* 1900, p. 537 et 551.
- Selenew.** — *Presse médicale*, 21 septembre 1912.
- Sergent.** — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*  
La syphilis p. 420.
- Soupault.** — *Traité des maladies de l'estomac*, p. 343 et 647.
- Sousa-Babo (A. de).** — *Portugal medico* février 1919.
- Stolper.** — *Bibliotheca medica.* Heft C. Cassel 1896.
- Tavernier.** — *In thèse de Gouzo.*
- Trousseau.** — *Traité de thérapeutique* 1875 t. I, p. 295.
- Virchow.** — *La syphilis constitutionnelle* (trad. de Picaud) Paris 1860.
- Wagner.** — *Archiv. für Heilk.* 1863 IV, p. 225.
- Weichselbaum.** — *Bericht der Krankenanstalt Rudolfstiftung.* Wien  
1883, p. 383.
- Zawadski et Luxemburg.** — *Gaz. lehn Warszaka* 1893 XIII. 1253.
-



